

**”Medikamentell abort ved svangerskapsavbrudd,
best hjemme og helst tidlig”**

Elisabeth Wang Areklett



Prosjektoppgave i fødselshjelp og kvinnesykdommer

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Veileder: Erik Qvigstad

Innledning

Svangerskapsavbrudd har vært utført i Norge i mange år, men det var først i 1978 at Lov om selvbestemt abort trådte i kraft. Siden den gang har provosert abort vært et kontroversielt tema som har engasjert mange. Aborttilbudet til norske kvinner har vært i stor endring de siste årene – introduksjonen av medikamentell abort på slutten av 90-tallet, samt et økende tilbud om medikamentell hjemmeabort har gjort at abort er et stadig like dagsaktuelt tema. Dette var noe av grunnen til at jeg ønsket å fordype meg i problemstillingen, i tillegg til at jeg har sterk faglig interesse for feltet gynekologi/obstetikk.

Veien har vært lang å gå og underveis har jeg vært innom mange innfallsvinkler og problemstillinger innenfor abort. Oppgaven var i utgangspunktet tenkt som en spørreundersøkelse blant abortsøkende kvinner for å finne ut hva kvinner legger vekt på og ønsker i forbindelse med en vanskelig beslutning, som abort jo er. Spørreundersøkelsen ble gjennomført, men satt på vent da vi valgte å flytte fokuset over på nemndbehandlede aborter og hvordan man kan optimalisere rutinene ved senabort til fordel for både kvinnene og sykehusavdelingen. I kjølvannet av senabortstudien ønsket vi å se på aborttilbudet på landsbasis og det er dette som legger grunnlaget for det ferdige produktet.

”Medikamentell abort ved svangerskapsavbrudd, best hjemme og helst tidlig” er min obligatoriske prosjektoppgave ved medisinstudiet, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Veileder har vært prof dr.med Erik Qvigstad, Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Han har hatt stor tålmodighet, vært en uvurderlig motivator og lært meg mye. Jeg vil rette en stor takk til han – denne oppgaven har gitt meg enda større lyst til å jobbe med faget etter endt utdanning.

Oslo, februar 2011

Elisabeth Wang Areklett

Termination of pregnancy by medical abortion, preferably at home and early

Abstract

Background: Medical abortion has through the last years been the most common method for termination of pregnancy before the 12th week, but there are no existing statistics about the number of women who do the medical abortion at home and what abortion methods the Norwegian hospitals offer the women asking for termination of pregnancy.

Methods: We have analyzed termination of pregnancy in our clinic through the last 11 years, both the numbers and the methods. In addition, a questionnaire related to abortion methods was sent to the head of all gynecologic departments in Norway.

Results: The number of surgical abortions has been halved through the last 11 years in our clinic, and medical abortion at home is now the main method and accounts for 48% of all termination of pregnancy. In other hospitals in Norway, medical abortion is also the most common method, but only half of the hospitals offered medical abortion at home as an opportunity.

Interpretation: There are good treatment opportunities for women asking for termination of pregnancy in Norway, but there are differences between the hospitals. Medical abortion at home should be the standard treatment in termination of pregnancy, at least before the 9th week.

Sammendrag

Bakgrunn: Medikamentell abort har de siste årene blitt den dominerende avbruddsmetode ved svangerskapsavbrudd før 12. svangerskapsuke, men det er ingen statistikk på hvor mange kvinner som gjennomfører medikamentell abort som hjemmebehandling og hva landets sykehus tilbyr av behandling til de abortsøkende kvinner.

Materiale og metode: Vi har analysert svangerskapsavbrudd ved vår klinikk gjennom de siste 11 årene, antall og metode. I tillegg sendte vi ut et spørreskjema med spørsmål knyttet til abortpraksis til alle avdelingsoverleger og klinikkssjefer ved landets gynekologiske avdelinger og kvinneklinikker.

Resultater: Antall kirurgiske aborter har blitt halvert i løpet av de siste 11 årene, og medikamentell hjemmeabort er nå hovedmetoden ved vår klinikk og utgjør 48% av alle utførte aborter. Medikamentell abort er vanligste metode for svangerskapsavbrudd ved landets sykehus, men bare halvparten av sykehusene tilbød medikamentell abort som hjemmebehandling.

Fortolkning: Det er et godt etablert behandlingstilbud til abortsøkende kvinner i Norge i dag, men det er forskjeller i tilbud på landsbasis. Medikamentell hjemmeabort burde kunne bli standardbehandling ved selvbestemt abort, i alle fall opp til 9. svangerskapsuke.

I Norge har kvinner anledning til å begjære svangerskapsavbrudd til utgangen av 12. svangerskapsuke. De har også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder (1,2). I 1998 ble medikamentell abort innført som ny abortmetode i Norge etter at Statens legemiddelverk godkjente bruk av antiprogesteronet mifepriston, og i 2009 ble 67% av alle aborter i første trimester utført medikamentelt (3).

Medikamentell abort som hjemmebehandling har de siste årene blitt et etablert alternativ ved svangerskapsavbrudd. Flere utenlandske studier har vist at mange kvinner foretrekker å gjennomføre aborten hjemme og at dette er et trygt og effektivt regime (4-7). En norsk studie konkluderte også med at hjemmeabort medfører høy tilfredshet hos kvinnene, og de er fornøyde med sitt valg av behandlingsmetode (8). Man antar at grad av selvbestemmelse påvirker pasientenes tilfredshet med behandlingen, og hjemmeaborter kan bidra til å øke pasientenes følelse av selvbestemmelse (9-11).

Abortstatistikker i Norge gir ikke oversikt over hjemmeaborter. For nærmere å undersøke tilbudet til abortsøkende kvinner har vi sett på utviklingen over en del år ved vår klinikk i Oslo, der ca 17-20% av alle svangerskapsavbrudd i Norge utføres. I tillegg har vi, ved en spørreundersøkelse, data fra de fleste avdelinger som utfører svangerskapsavbrudd i Norge, opplysninger relatert til medikamentell abort og hjemmeabort.

Materiale og metode

Ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål, har vi undersøkt svangerskapsavbrudd i perioden 2000-2010; kirurgiske, medikamentelle aborter i sykehus og medikamentelle aborter hjemme. Antall svangerskapsavbrudd har holdt seg relativt stabilt ved vår klinikk gjennom disse årene, gjennomsnittlig 2632 årlig (spredning 2466-2855).

Avdelingsoverleger og kliniksjefer ved landets gynekologiske avdelinger og kvinneklinikker ble tilsendt et spørreskjema om svangerskapsavbrudd i år 2009,

spørsmål knyttet til medikamentell og kirurgisk abort. Vi fikk svar fra 33 sykehus, som samlet utførte 13 170 svangerskapsavbrudd i 2009, hvilket tilsvarte 83% av alle svangerskapsavbrudd i Norge før 12. svangerskapsuke dette året.

Resultat

Figur 1 viser oversikt over antall aborter og metode for svangerskapsavbrudd utført ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål, i perioden 2000-2010. I 2000 var 85% av utførte aborter kirurgiske, denne andelen sank gradvis til 2003 hvor 72% av abortene var kirurgiske. I samme periode ble andelen medikamentelle aborter nær doblet og utgjorde 28% av alle utførte aborter. I årene fra 2003 til 2007 var tallene mer eller mindre stabile. I 2006 kom tilbudet om medikamentell hjemmeabort, og som vist i figur 2 har det blitt hovedavbruddsmetoden ved klinikken de siste årene. Ved klinikken ble det i 2009 utført 2747 svangerskapsavbrudd, hvorav 1243 (45%) var hjemmeabort, 238 (9%) var medikamentell abort i sykehus og 1266 (46%) svangerskapsavbrudd ble utført kirurgisk; i år 2010 var 1318 (48%) medikamentelle aborter hjemme, 297 (11%) medikamentell abort i sykehus og 1105 (41%) ble utført kirurgisk.

Nær halvparten av sykehusene opplyste at medikamentell abort var hovedmetode i 2009, mens en noe mindre andel anbefalte medikamentell abort fram til uke 9 og kirurgisk abort fra uke 9 til uke 12. Bare tre av sykehusene rapporterte at de ikke hadde noen føringer og at kvinnen fikk velge avbruddsmetode fritt, mens to av de mindre sykehusene svarte at de utelukkende utførte kirurgiske aborter.

Diskusjon

I 2003 kom rapporten om de første norske erfaringene med medikamentell abort, og de viste at metoden var et effektivt alternativ til kirurgisk avbruddsmetode med høy grad av tilfredshet blant pasientene (12). Aborttallene fra 2009 viser at ca to tredjedeler av alle svangerskapsavbrudd før 12. svangerskapsuke ble utført som medikamentell abort, hvilket er en økning på 9,4% fra året før (3). Flere av sykehusene utfører kun kirurgisk abort hvis gestasjonslengde er over 9 uker. En nyere norsk undersøkelse viser at medikamentell abort i uke 9-12 er en effektiv og akseptabel avbruddsmetode, da utført i sykehus, og støtter opp om liknende

utenlandske studier (13). Ved å tilby medikamentell abort også til kvinner i uke 9-12 økes valgmulighetene og kvinnens følelse av selvbestemmelse.

Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus, Ullevål, utførte få medikamentelle aborter før 2007 og var således ikke først ute med å tilby medikamentell abort til sine pasienter. Før 2007 var medikamentell abort sykehusbehandling og med stort antall abortpasienter og begrenset sengekapasitet var det ikke mulig å tilby medikamentell abort til flertallet av de abortsøkende kvinnene. I 2007 ble det gjennomført en studie på klubben, som var den første av sitt slag i Norge, hvor man så på kvinners respons og tilfredshet ved medikamentell hjemmeabort (7). Kvinnene som gjennomførte behandlingen var godt fornøyd, og som et resultat av studien ble rutineene ved svangerskapsavbrudd endret slik at medikamentell hjemmeabort nå er hovedmetode ved klubben.

Ved flere sykehus i Norge utgjør medikamentell abort over halvparten av alle svangerskapsavbrudd. Ved vår klinikk, som har vært noe treg i utviklingen, er medikamentell abort som hjemmebehandling nå vanligste metode for svangerskapsavbrudd. Ved mindre sykehus i Norge, med lengre avstand fra hjem til sykehus og mindre pasientgrunnlag, får kvinnene vanligvis ikke tilbud om medikamentell abort hjemme. De fleste sykehus tilbyr medikamentell abort som hjemmebehandling frem til uke 9. Etter dette tidspunkt vil medikamentell abort vanligvis kreve sykehusbehandling, blant annet på grunn av mer smerter og blødninger.

Kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd har i mange tilfeller bestemt seg svært tidlig, før fosteranlegg og plommesekk kan visualiseres med ultralydundersøkelse. I tråd med kvinners ønske, samtidig med ønske om reduserte subjektive plager ved svangerskapsavbruddet, er det upubliserte rapporter om svært tidlig medikamentell abort hjemme initiert etter positiv graviditetstest eller forhøyet humant choriongonadotropin (hCG). Det foreligger ingen prospektive studier ved svangerskapsavbrudd utført medikamentelt hjemme før påvist fosteranlegg eller plommesekk, men oppfølgingen må være hCG-kontroller med tilfredsstillende fall i verdier for å utelukke ektrauterin graviditet.

Vi konkluderer med at medikamentell abort hjemme bør være standardbehandling ved selvbestemt abort i hele landet. Ved graviditeter over 9 uker vil alternativene være medikamentell abort på sykehus eller kirurgisk abort. Tidlig medikamentell abort hjemme før påvist fosteranlegg eller plommesekk vil trolig bli et alternativ etter at kliniske protokoller med kontrollopplegg er etablert.

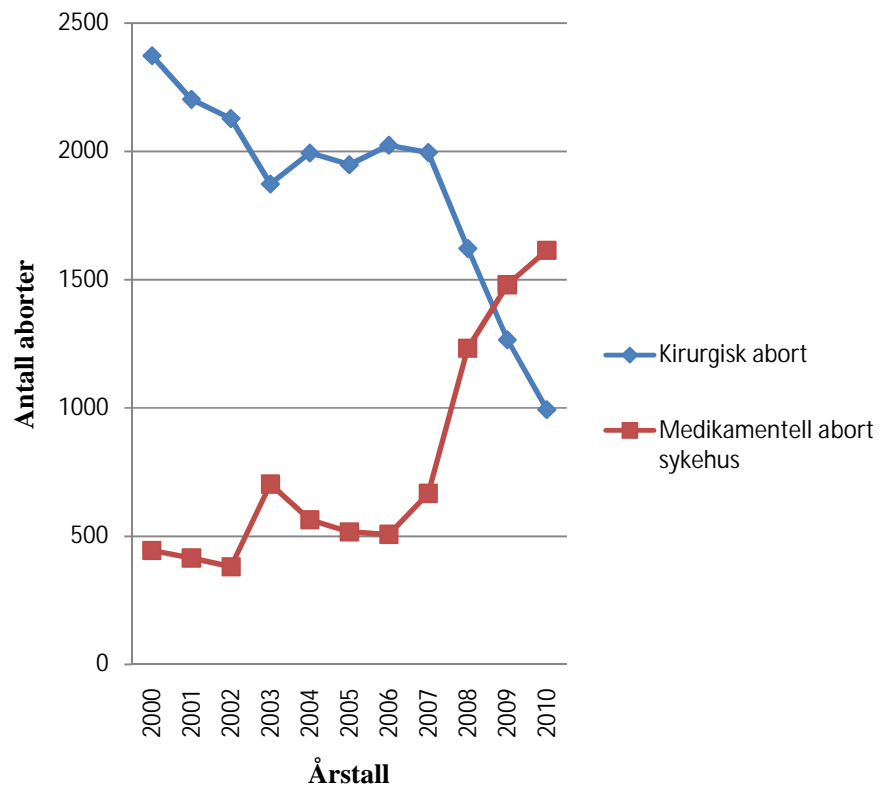
Hovedbudskap:

- Medikamentell abort er den dominerende avbruddsmetode i Norge i dag.
- Medikamentell hjemmeabort bør kunne tilbys som standardbehandling ved alle landets sykehus.
- Dagens behandlingstilbud til abortsøkende kvinner er effektivt og akseptabelt, med det er forskjeller i behandlingstilbud på landsbasis.

Litteratur:

1. Lov om pasientrettigheter 1999 <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> (28.02.11)
2. Regjeringens handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004-2008
3. Abortstatistikk 2009, Folkehelseinstituttet
<http://www.fhi.no/dokumenter/a4e5c20b8b.pdf> (28.02.11)
4. Guengant JP, Bangou J, Elul B et al. Mifepristone misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception* 1999;60:167-72
5. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L et al. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004;70:387-92
6. Henderson JT, Hwang AC, Harper CC et al. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception* 2005; 72:175-8.
7. Lohr PA, Wade J, Riley L et al. Women's opinions on the home management of early medical abortion in the UK. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010;36(1):21-5.
8. Jørgensen H, Qvigstad E, Jerve F et al. Provosert abort som hjemmebehandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127:2367-70
9. Fielding SL, Edmunds E, Schaff EA. Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: a qualitative analysis of women's experiences. *Perspect Sex Reprod Health* 2002;34:34-40
10. Slade P, Heke S, Fletcher J et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1288-95.
11. Berer M. Medical abortion: issues of choice and acceptability. *Reprod Health Matters* 2005; 13: 25-34.
12. Iversen OE, Midbøe G, Johnsen SL et al. Medikamentell abort – de første norske erfaringene. *Tidsskr Nor Legeforen* 2003; 123:2422-4
13. Løkeland M, Iversen OE, Dahle GS et al. Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstet Gynecol*. 2010;115(5):962-9

**Figur 1: Utvikling i abortmetoder ved
Kvinneklivnikken, Oslo
universitetssykehus, Ullevål**



Figur 2: Medikamentell abort i Oslo på sykehus og hjemme

